

## ANEXO VIII

### RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO DO CASO

Nº. DA NOTIFICAÇÃO DE RECEITA: \_\_\_\_\_

#### 1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

1.1. NOME: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

1.2. DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

1.3. Nº DA IDENTIDADE: \_\_\_\_\_ 1.4. C.P.F.: \_\_\_\_\_

1.5. ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

#### 2. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE CREDENCIADA (hospital, clínica ou consultório):

2.1. NOME: \_\_\_\_\_

2.2. ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

3. DIAGNÓSTICO DA DOENÇA: \_\_\_\_\_

4. CID: \_\_\_\_\_

#### 5. EVOLUÇÃO CLÍNICA:

5.1. DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO COM TALIDOMIDA \_\_\_\_\_

5.2. SITUAÇÃO CLÍNICA ATUAL:

5.2.1. Inalterada

5.2.2. Melhora Clínica: Discreta  Moderada  Acentuada

5.2.3. Piora Clínica: Discreta  Moderada  Acentuada

5.2.4. Interrupção do Tratamento: Sim  Não

5.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A EVOLUÇÃO CLÍNICA: \_\_\_\_\_

#### 6. PARA PACIENTES DO SEXO FEMININO EM IDADE FÉRTIL, INDICAR OS DOIS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS UTILIZADOS:

1º método: \_\_\_\_\_ Data de início do uso: \_\_\_\_\_

2º método: \_\_\_\_\_ Data de início do uso: \_\_\_\_\_

7. EVENTOS ADVERSOS: SIM  NÃO  Caso tenha ocorrido evento adverso, notificar a ANVISA pelo NOTIVISA

QUAIS:


#### 8. OBSERVAÇÕES:

--

DATA: \_\_\_\_\_

NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

ASSINATURA, CRM e CARIMBO: \_\_\_\_\_